

Si usted ha cambiado su médico tiene que notificarnos y obtener la aprobación del encargado de su reclamo. Le enviamos esta tarjeta para solicitar el cambio de médico. Por favor llene esta tarjeta lo mas pronto posible para asegurar que sus servicios médicos no sean interrumpidos.

Para:  
Departamento de Labores e Industrias

Número de reclamo

**Por favor cambie mi caso**

Día que cambió de médico

Nombre del **previo doctor**

**De:** (Old Doctor)

Nombre del **nuevo doctor**

**Para:** (New Doctor)

Número de identificación del doctor

Dirección del nuevo doctor (Address)

Ciudad (City)

Estado, código postal

Razón por el cambio

Fecha de hoy (Today's Date)

Nombre del reclamante (su nombre) (Name)

Domicilio (Address)

Ciudad (City)

Estado, código postal